N° 119.

ESSAI

SUR

LA HERNIE INGUINALE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris le 31 mai 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR ETIENNE-ANTOINE FOUJOLS

A PARIS,
DE L'IMRRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Examinateur.* FOUQUIER, *Examinateur.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Suppléant.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON, *Président.* BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Bérard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet, *Suppléant.*	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance, *Examinateur.*	Trousseau.
Devergie, *Examinateur.*	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

E.-A. FOUJOLS.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/essaisurlahernie0004etie

ESSAI

SUR

LA HERNIE INGUINALE.

On a désigné sous le nom de *hernie inguinale* la sortie des intestins à travers l'ouverture qui donne passage au cordon testiculaire chez l'homme, et au ligament rond de l'utérus chez la femme. Cette ouverture, située immédiatement au-dessus du pubis, a été considérée par M. *Boyer* comme un simple anneau, et décrite par *Béclard* et M. *J. Cloquet* sous le nom de *canal inguinal.* Quelque dénomination qu'on lui donne, les différentes parties qui la composent sont, en bas et en avant, l'aponévrose du muscle oblique externe et le *fascia superficialis;* en haut et en arrière, quelques fibres des muscles petit oblique et transverse ainsi que le *fascia transversalis.* Leur disposition anatomique, leur rapport avec l'artère épigastrique étant essentiels à connaître, nous allons les examiner rapidement.

A un pouce et demi environ de la symphyse pubienne, l'aponévrose du grand oblique de l'abdomen se divise en deux parties: l'une, interne, s'attache au pubis; et l'autre, externe, qui n'est que l'extrémité intérieure de l'arcade crurale, se fixe à l'épine du même os: entre ces deux bandelettes, nommées *piliers*, s'offre un écartement triangulaire oblique de haut en bas, et de dehors en dedans. Cet

orifice, appelé *anneau inguinal*, est recouvert par le *facia superficialis*, toile fibro-celluleuse, se continuant en haut avec le tissu cellulaire de l'aponévrose abdominale, et se prolongeant en bas au scrotum, aux cuisses et au périnée.

En haut, au-delà de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse s'attache à la partie postérieure du ligament de *Fallope*, jusqu'à l'endroit où le cordon des vaisseaux spermatiques s'engage dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Là il passe au-dessus de ce cordon, auquel il envoie quelques fibres, sous le nom de *crémaster*, et descend derrière le pilier interne de l'anneau pour aller se fixer au pubis.

Pour le *fascia transversalis*, interposé entre le péritoine d'une part, et les muscles abdominaux de l'autre, ses attaches sont en dedans au bord externe du muscle droit, en dehors à l'arcade crurale jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure. En haut, cette membrane se perd dans le tissu cellulaire de la face interne des muscles droit et transverse; en bas, ses fibres sont écartées sous la forme d'une fente longitudinale, et c'est par cette ouverture, commencement du canal inguinal, que s'opère la descente des viscères contenus dans le péritoine.

D'après cet exposé, il est facile de voir que l'anneau du grand oblique et celui du *fascia transversalis* ne se correspondent pas, qu'un trajet oblique conduit de l'un à l'autre, de telle sorte que la première ouverture est inférieure et interne, la seconde externe et supérieure. Le cordon testiculaire parcourant le canal inguinal dans toute son étendue, sa direction sera donc celle de ce même canal. A son entrée dans l'abdomen, le cordon spermatique se divise en deux faisceaux : l'un, composé des veines et des artères, se dirige directement vers le rein; l'autre, formé simplement par le canal déférent, se replie tout à coup sur lui-même, et se plonge dans le fond du bassin pour aller gagner la prostate et les vésicules séminales, en faisant une espèce d'anse dans laquelle se trouve comprise l'artère épigastrique. Cette artère, née de l'iliaque externe au niveau de

l'extrémité supérieure de l'orifice inguinal, se porte aussitôt en dedans et un peu en avant, s'engage presque sur-le-champ derrière le cordon testiculaire, puis remonte verticalement en dedans de lui le long du bord externe du muscle droit, pour aller se terminer à l'ombilic.

Telle est la disposition anatomique des parties dans leur état naturel. Supposons maintenant que dans un effort considérable les intestins viennent à être comprimés avec force par le diaphragme et les muscles abdominaux, trouvant moins de résistance dans la région inguinale, ils franchiront cette ouverture en poussant devant eux le péritoine, qui, dans cet endroit, n'est uni aux muscles que par une couche celluleuse très-lâche. Dans ce déplacement, les viscères descendent tantôt devant le cordon spermatique, et ne parviennent à l'anneau qu'en suivant le trajet oblique du cordon, tantôt s'échappent presque directement de derrière en devant à travers le *fascia transversalis*, qu'ils soulèvent quelquefois : de là la division de la hernie inguinale en externe et en interne. Dans le premier cas, la tumeur est située en dehors de l'artère épigastrique ; dans le second, cette artère se trouve placée au côté externe de la hernie.

Outre ces deux espèces de hernie inguinale, il existe encore la hernie de naissance ; cette dernière ne diffère des précédentes qu'en ce que la tunique vaginale sert de sac, et qu'en ce que les parties sont en contact immédiat avec le testicule. Afin de mieux faire connaître cet état de chose, rappelons un instant les faits anatomiques. A l'époque de la naissance, le testicule, encore contenu dans le ventre de l'enfant, descend lentement et traverse le conduit inguinal en poussant le péritoine au-devant de lui ; celui-ci forme donc une gaîne en communication avec la cavité péritonéale ; une portion d'intestin peut suivre le testicule et pénétrer avec lui dans le scrotum. Or, dans ce cas, l'organe qui forme hernie est en contact immédiat avec la glande testiculaire, et renfermé, ainsi qu'elle, dans la portion de péritoine composant la tunique vaginale. Il n'en est pas de même dans la hernie accidentelle, celle-ci ne survient qu'à une époque

plus ou moins avancée; alors la tunique vaginale s'est séparée de l'enveloppe péritonéale, il n'existe plus de communication entre elles, ce sont deux sacs tout à fait distincts l'un de l'autre. Ici la hernie, en s'opérant, entraîne une portion de péritoine qui s'allonge le long du tissu cellulaire du cordon, et c'est cette partie qui constitue le sac herniaire.

Les causes de cette maladie sont de deux ordres, *prédisposantes* et *efficientes*.

Les premières se trouvent dans la faiblesse naturelle de l'anneau; cette faiblesse peut être augmentée accidentellement par diverses circonstances qui doivent être mises au nombre des causes prédisposantes de la hernie inguinale; telles sont : la maigreur succédant rapidement à un embonpoint considérable; les fréquentes et longues stations, la génuflexion long-temps prolongée, l'extension forcée du tronc, son renversement en arrière; l'exercice du cheval; l'usage de vêtemens qui compriment le ventre, les corsets trop serrés, les corps de baleine, les ceintures, etc. Certaines dispositions de structure propres aux deux sexes peuvent encore être regardées comme causes prédisposantes de cette affection : ainsi les hernies inguinales sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, disposition qui paraît tenir à ce que le canal inguinal donne passage chez l'homme au testicule et à son cordon; tandis que chez la femme, l'anneau, beaucoup plus petit, est, en quelque manière, fermé par le ligament rond de la matrice, qui s'épanouit dans le tissu cellulaire de l'aine.

Malgré ces diverses prédispositions, la tumeur herniaire ne pourrait se former s'il ne survenait une cause déterminante; parmi celles-ci on range les sauts, les chutes sur les pieds, sur les genoux; l'équitation, la contraction simultanée du diaphragme et des muscles abdominaux, telle que dans le vomissement, l'accouchement, dans les efforts violens faits pour déplacer ou soulever un fardeau considérable, pour uriner, aller à la selle. La toux, le rire prolongé, les chants, les cris, l'usage des instrumens à vent, en un mot tout ce

qui est capable d'augmenter la lutte entre le diaphragme, qui pousse les intestins en bas et en dehors, et les parois abdominales, qui tendent à les contenir, sont aussi des causes efficientes de la maladie qui nous occupe.

Les signes auxquels on la reconnaît peuvent être divisés en *signes communs aux hernies inguinales en général*, et en *signes propres*, c'est-à-dire ceux capables de faire connaître le genre d'organe hernié.

1°. *Signes communs.* La hernie, une fois opérée, se présente sous la forme d'une tumeur peu volumineuse, arrondie, sans changement de couleur à la peau, et ayant une certaine rénitence; elle est susceptible de rentrer d'elle-même ou à la moindre pression, pourvu, cependant, que celle-ci agisse dans un sens inverse du trajet que ces viscères ont parcouru pour sortir. Du reste, cette tumeur reparaît aussitôt qu'on cesse de la comprimer, augmente par un accès de toux, par une forte inspiration, et si on y applique la main, on éprouve, d'une manière très-distincte, un sentiment de tressaillement lorsque le malade éternue ou qu'on l'invite à tousser. Ajoutons à ces symptômes une douleur légère, quelquefois nulle, dans la partie; un léger trouble de la digestion, caractérisé par des nausées, des coliques et des borborygmes; de plus, lorsque les intestins sont réduits, le doigt indicateur, porté dans l'espace inguinal, rencontre l'anneau plus vaste et plus dilaté que de coutume.

2°. *Signes propres.* Lorsque la hernie est formée par les intestins, la tumeur est arrondie et plus étroite du côté de l'abdomen; sa réduction, prompte et facile, s'accompagne d'un bruit particulier, nommé *gargouillement.* Dans la hernie épiploïque, la tumeur est molle, inégale, pâteuse; sa réduction, plus difficile, s'opère peu à peu et sans bruit. A volume égal, la pesanteur est ici plus considérable. Enfin, la réunion de ces phénomènes compose le diagnostic de la hernie gastro-épiploïque; quoi qu'il en soit, bien souvent on ne parvient à reconnaître l'organe poussé hors de sa cavité qu'à l'ouverture de la tumeur.

Dans sa marche, la hernie inguinale nous présente plusieurs degrés : tantôt elle se forme d'une manière lente et graduée, et alors *Scarpa* prétend que le malade éprouve la sensation d'un corps qui marche à travers le conduit oblique de l'aponévrose abdominale; tantôt elle se manifeste subitement après un saut, un effort violent. A son début, lorsque la tumeur n'est encore que peu volumineuse, cette affection a été confondue avec un bubon développé au-dessus de l'aine; mais le défaut d'inflammation dans la partie, l'absence de tout sentiment de pulsation suffisent pour nous éclairer; d'ailleurs, si la hernie est susceptible de rentrer, on ne peut, à cet égard, conserver aucun doute.

Plus tard, lorsque les intestins sont descendus jusque dans le scrotum, ils ont pu en imposer pour une hydrocèle ou pour une maladie du testicule; mais, en ayant égard aux circonstances commémoratives, en comparant les signes de la hernie avec ceux de ces deux maladies, on voit que dans l'hydrocèle la tumeur est irréductible, à moins qu'elle ne soit congéniale; sa forme pyramidale va croissant sans cesse du fond des bourses vers l'anneau, tandis que la hernie s'est formée de l'anneau vers le scrotum; de plus, la transparence de la première, sa légèreté lorsqu'on la soulève avec les mains, font reconnaître que c'est un liquide et non un corps plus dense qui se trouve enfermé dans son intérieur.

Quant au sarcocèle, les renseignemens annoncent toujours que le mal a commencé par le testicule, qu'il a crû avec le volume de cet organe; enfin le voisinage de l'anneau est toujours libre; dans la hernie, au contraire, ce point est toujours occupé.

La hernie, après avoir pris un certain accroissement, peut rester stationnaire, aucuns changemens ne s'y font remarquer, on y reconnaît seulement une extrême facilité à rentrer et à sortir; dès-lors les secours de l'art deviennent nécessaires, car on ne peut se flatter qu'elle reste constamment dans cet état d'inertie absolue. Les viscères ont sans cesse de la tendance à traverser l'anneau; de là ces éventrations énormes, dans lesquelles on a vu l'estomac, la matrice, la masse

entière des intestins s'échapper hors de la cavité abdominale; de là ensuite les rétrécissemens de cette cavité, l'impossibilité d'y faire rentrer les viscères, et une série d'accidens des plus intenses, dont nous parlerons plus loin. Pour ne pas interrompre la marche naturelle de l'histoire de cette affection, voyons ce que l'art a su faire et ce qu'il fait aujourd'hui contre une hernie inguinale simple et sans complication.

Anciennement, conduits par des opinions erronnées, les chirurgiens recouraient aux opérations les plus graves; c'est ainsi qu'on a pratiqué la castration pour guérir ce genre de hernie, espérant que le cordon coupé et cicatrisé formerait contre l'anneau une espèce de bouchon qui mettrait le mal à l'abri de la récidive. D'autres, après avoir réduit la hernie, étranglaient en quelque sorte le col du sac en y faisant une suture, qu'on appelait *royale* ou *le point doré*. En fermant ainsi le sac, ils croyaient empêcher la tumeur de reparaître: cette opération n'avait qu'un succès éphémère, car l'ouverture naturelle restant ouverte, il se formait bientôt une nouvelle poche dans laquelle la hernie se replaçait. Au lieu de la suture on a quelquefois employé la cautérisation; mais ces moyens barbares sont tombés dans l'oubli, de même que l'emplâtre du prieur de la Chabrière et d'autres arcanes également inutiles. Le brayer est le seul moyen convenable et le seul qui ait subsisté, toutefois ne doit-il être appliqué qu'après avoir employé le taxis.

Pour pratiquer cette opération, le malade doit être couché sur le dos, la tête et la poitrine légèrement inclinées en avant, les cuisses et les jambes fléchies de manière à mettre les muscles de l'abdomen dans le plus grand relâchement possible; le bassin sera plus élevé que le ventre, et incliné du côté de la hernie. Cette position n'a pas cependant toujours été convenable; et, au rapport de *Monro* et de *Scarpa*, on a, dans quelques cas, été obligé de placer le malade les jarrets pliés sur les épaules d'un homme très-fort, la tête pendant en bas, afin de faire retomber le poids des viscères vers le diaphragme, et favoriser ainsi la rentrée de la tumeur inguinale. Ces précautions

une fois prises, le chirurgien, placé du côté de la hernie, procède à la réduction de la manière suivante : il embrasse la tumeur avec une ou les deux mains, si le volume de celle-ci l'exige; il la comprime doucement avec les doigts, et en pousse successivement les parties vers l'ouverture de l'anneau inguinal. Cette action doit se porter sur les parties les plus voisines de l'anneau, en procédant obliquement de bas en haut et de dedans en dehors, afin de leur faire parcourir le même chemin qu'elles ont suivi dans leur sortie, mais dans un sens inverse. Quand on ne réussit pas dans ce sens, on l'exécute dans un autre; enfin, on s'informe de la direction dans laquelle le malade les poussait lui-même pour les faire rentrer auparavant, et l'on agit dans le sens indiqué.

Lorsque la réduction a été opérée, il reste encore une seconde indication à remplir : c'est de s'opposer au renouvellement de cette maladie. Le brayer est donc ici spécialement indiqué : ce bandage, composé d'un cercle d'acier s'accommodant à la forme du corps, et terminé à une de ses extrémités par une pelote convexe ou concave, suivant la réductibilité absolue ou partielle de la tumeur, exerce une compression non interrompue sur l'anneau inguinal, dont l'effet est de contenir les intestins dans leur cavité : son usage doit être continué toute la vie. Sur des sujets très-jeunes on a vu ce bandage procurer la guérison radicale d'une hernie; dans un cas très-rare le même effet a été observé sur un vieillard sexagénaire qui l'avait porté vingt-trois ans.

Souvent la hernie inguinale ne se présente pas dans l'état de simplicité que nous venons de décrire. Presque toujours, lorsqu'un malade vient réclamer des secours, la tumeur est ancienne, ou divers accidens se sont déjà manifestés : ces accidens sont des douleurs vives, des adhérences, un étranglement, enfin la gangrène de l'organe formant hernie.

1°. Des douleurs vives se manifestent quelquefois dans les hernies anciennes et non réduites; ces douleurs s'accompagnent souvent de nausées, de défaillances, de vomissemens, etc. Dans ce cas, on doit

procéder immédiatement à la réduction de la tumeur, ou la soutenir à l'aide d'un bandage si elle est irréductible. Le régime du malade se composera d'alimens légers et pris en petite quantité ; les lavemens et les minoratifs seront aussi employés pour entretenir la liberté du ventre.

2°. A force de séjourner hors de la cavité abdominale, à force d'être pressées par l'application d'un bandage ou fatiguées par des tentatives de taxis fréquemment réitérées, les parties herniées s'irritent, s'enflamment ; de là des brides plus ou moins nombreuses qui unissent tantôt les intestins entr'eux, tantôt avec le sac herniaire ; d'autres fois c'est un replis naturel du péritoine, qui se fixe à l'anneau et ne permet plus aux organes de le traverser pour rentrer dans l'abdomen. Cette espèce d'adhérence se remarque surtout lorsque la hernie est composée de parties que le péritoine n'enveloppe pas en entier, telles que la vessie et le cœcum, comme *Morgagni* et *Camper* en citent différens exemples. Que les brides soient membraneuses ou gélatineuses, la conduite à tenir ici consiste à faire rentrer la partie d'intestin qui en est susceptible, et à contenir le reste de la tumeur à l'aide d'un brayer à pelotte concave. On a, dans certain cas, obtenu une diminution notable d'une hernie ancienne et volumineuse, en exerçant d'abord une compression graduée sur celle-ci, puis en essayant la réduction partielle ; plus tard on répète les mêmes tentatives, en ayant soin toutefois de prescrire un régime léger, des saignées et des purgatifs réitérés, suivant l'état du tube intestinal malade.

Un troisième accident, plus terrible que ceux dont nous venons de parler, consiste dans l'étranglement de l'intestin. Ses causes sont tantôt dans l'ouverture inguinale distendue outre mesure et revenant sur elle-même en vertu de son élasticité, tantôt dans le sac lui-même ; celui-ci présente souvent un ou plusieurs rétrécissemens, soit au niveau de l'anneau, soit dans un point plus éloigné de son étendue. Si, dans cet état, le volume des viscères qui les traversent vient à augmenter, la compression à laquelle ils sont soumis s'oppose au passage

des substances alimentaires, à la circulation du sang et des autres fluides dans leurs vaisseaux; par suite tous les phénomènes de l'étranglement, se développent par leurs adhérences ou par la sortie d'une nouvelle portion d'entr'eux, l'épiploon s'attachant aux parties voisines ou se nouant autour d'elles. Les matières fécales accumulées dans l'anse herniaire sont aussi des causes de l'étranglement.

D'après la nature de ces causes, les auteurs ont distingué l'*étranglement inflammatoire*, l'*étranglement par engouement*, et *Richter* y a ajouté l'*étranglement spasmodique*.

Le premier est caractérisé par une douleur vive dans la hernie, douleur qui s'étend rapidement à tout le ventre. La tumeur est dure, rénitente; quelquefois les tégumens participent à l'inflammation. Il survient bientôt des nausées, des vomissemens fréquens et pénibles, d'abord composés des boissons et des alimens, puis de matières bilieuses et stercorales; le ventre est tendu, les selles supprimées, le pouls petit et dur; les hoquets se manifestent, les traits s'altèrent, et le malade succombe.

Dans l'étranglement par engouement, la tumeur est volumineuse, mollasse, indolente ou peu douloureuse dans les premiers temps; le ventre est boursoufflé plutôt que tendu, il y a également constipation; les nausées, les vomissemens se déclarent, mais ils ont lieu sans efforts violens; la fièvre est légère. Cet espèce d'étranglement peut durer long-temps sans compromettre la vie du malade, mais souvent l'inflammation s'empare de la hernie, avec tous les accidens énumérés plus haut.

Richter prétend que l'étranglement spasmodique se développe avec tous les signes de l'étranglement inflammatoire; mais ces symptômes disparaissent subitement, et quelques jours ou quelques heures après se reproduisent avec la même intensité. A cet égard, il rapporte l'histoire d'hommes porteurs de hernies qui, dans l'espace de quelques heures, se trouvaient aux portes du tombeau, et quelques heures après re-

venaient à leur état de santé ordinaire; il cite encore, à l'appui de son opinion, les bons effets des médicamens antispasmodiques, et l'état de l'intestin trouvé par lui, dans un de ces cas, sans gangrène et presque dans l'état sain. Ce dernier étranglement n'étant pas établi sur des faits assez authentiques et assez nombreux, a été rejeté par les auteurs.

Lorsque les signes de l'étranglement se sont déclarés, quels moyens doit-on mettre en usage pour faire cesser cette complication? En première ligne nous placerons le taxis. On cherchera donc à faire rentrer les intestins formant hernie; mais si, malgré tous les efforts de l'opérateur, la tumeur persiste, dans cette circonstance critique où quelques heures, quelques minutes peuvent décider de la vie du sujet, il faut prendre un parti prompt et décisif. L'étranglement est-il inflammatoire? on aura recours à la saignée; vingt, trente sangsues seront appliquées sur la tumeur, on la couvrira de cataplasmes émolliens; les bains tièdes, les lavemens émolliens seront prescrits : ces moyens seront ordonnés de nouveau si les accidens continuent. L'étranglement a-t-il lieu par engouement? Après avoir placé le malade de manière que l'ouverture herniaire soit dans le relâchement le plus complet, on prendra la tumeur avec les deux mains, on la maniera doucement et en différens sens; ces manipulations, que l'on peut réitérer après quelques instans de repos, sont souvent suivies de réduction. On peut encore, à l'exemple de *Monro*, employer les purgatifs, le jalap, le mercure doux; *Scarpa* les administrait toutes les trois heures; *Richter* donnait le sel d'epsum délayé dans beaucoup d'eau; il y ajoutait une petite quantité d'huile d'olive, comme calmant; enfin la fumée de tabac, administrée en lavement, a eu des succès entre les mains d'*Heister*. Ce moyen, abandonné en France, est encore très-fréquemment employé en Angleterre.

Parmi les topiques vantés dans ce cas, on cite les applications astringeantes et répercussives, telles que l'oxycrat, l'eau de *Goulard*, les aspersions d'eau froide, la neige, la glace, les embrocations avec

l'éther, dont l'évaporation absorbe la chaleur de la partie; enfin, les cataplasmes émolliens combinés avec les cataplasmes aromatiques.

Quand tous ces moyens ont été infructueux, il n'y a plus que l'opération qui puisse sauver les jours du malade.

Cette opération consiste à inciser les tégumens et le sac, à agrandir l'ouverture herniaire pour faire cesser l'étranglement des viscères, et à réduire ceux-ci ou à remédier à leurs altérations.

A cet effet, le malade étant couché sur le bord de son lit, la paroi abdominale relâchée, comme dans le taxis, le chirurgien se place à sa droite, ayant un aide vis-à-vis de lui : les choses étant ainsi disposées, l'opérateur incise les tégumens de la tumeur obliquement de haut en bas et de dehors en dedans dans toute son étendue, lorsqu'elle ne dépasse pas le plis de l'aîne et lorsqu'elle descend jusqu'au bas du scrotum; arrivé à la racine de la verge, il lui fait décrire une courbure dont la convexité est en dedans. La peau étant coupée, le chirurgien divise avec beaucoup de ménagement les feuillets du tissu cellulaire sous-cutané; il les coupe l'un après l'autre dans l'espace de trois à quatre lignes, en les soulevant avec une pince à disséquer, et lorsqu'il est arrivé au sac, reconnaissable à sa transparence, il le soulève avec la pince, le coupe en dédolant vers le tiers inférieur de la tumeur, parce qu'en cet endroit cette poche séreuse est ordinairement éloignée de l'intestin par une quantité plus ou moins considérable de sérosité; il introduit par cette ouverture une sonde cannelée, qu'il applique contre le sac, et avec laquelle il le soulève; puis, glissant dans la rainure de la sonde un bistouri ou l'une des branches des ciseaux, il incise le sac, après s'être assuré qu'aucune des parties qui y sont renfermées ne s'offre au tranchant de l'instrument.

Après ce temps de l'opération, les intestins cessant d'être comprimés, prennent généralement un volume plus considérable; lorsqu'ils sont sains et peu adhérens, on peut essayer d'en tirer une plus grande partie au dehors : cette manœuvre fait pour l'ordinaire cesser

l'étranglement. Mais si une légère traction ne suffit pas pour déplacer la partie étranglée, on se décide à inciser l'ouverture herniaire; on se sert, pour cela, d'un bistouri courbe et boutonné que le doigt indicateur dirige, ou d'un bistouri à lame étroite et à pointe mousse que l'on conduit sur une sonde cannelée et à cul-de-sac.

Le lieu où le débridement doit être fait, varie suivant que la hernie inguinale est externe ou interne. Dans la première espèce, nous avons vu que l'artère épigastrique se trouve croisée par le cordon des vaisseaux spermatiques, vis-à-vis le pilier externe de l'anneau : le sac herniaire, suivant ce trajet, sera donc placé au-devant et au-dessus d'elle. Ainsi, tant que la tumeur conservera peu de volume, l'artère épigastrique sera placée à la partie postérieure du col du sac ; mais à mesure que la hernie croîtra, ce vaisseau sera poussé par elle de plus en plus vers la partie interne du pubis. Donc, un changement vient d'avoir lieu, l'artère épigastrique, qui était située vers le pilier externe de l'anneau inguinal, se trouve portée vers le pilier interne. L'obliquité du canal est détruite au moins en partie, et celui-ci, qui perçoit les parois abominales de haut en bas et de dedans en dehors, les traverse maintenant presque directement d'arrière en avant. Le cordon spermatique, soulevé et distendu, s'est épanché : on trouve, au lieu d'un cordon, l'artère, la veine, le canal déférant, séparés et placés sur la partie latérale interne et antérieure du sac. Les choses ainsi connues, on conçoit qu'étant arrivé au débridement, ce sera toujours vers le côté externe qu'il devra s'effectuer. *Choppart* et *Desault* avaient déjà reconnu que, toutes les fois qu'on rencontrait le cordon épanoui à la surface antérieure et interne de la hernie, on devait débrider en dehors ; mais ils avaient négligé d'en donner l'explication, que *Scarpa* a développée tout entière dans son Traité des hernies.

Dans la hernie interne, où les intestins sortent directement par l'ouverture supérieure et externe du canal, l'artère épigastrique, située en dehors de la tumeur, n'éprouve aucun déplacement. Aussi le praticien qui vient de découvrir le sac, au lieu de trouver, comme plus

haut, le cordon en dedans et en avant, le trouve en dessous et en dehors. La situation du cordon sera donc son guide, et il débridera en dedans. *Choppart* et *Desault* avaient aussi posé cette règle, par la raison des contraires. Quelle que soit la position de l'artère, *Scarpa* et M. *Dupuytren* conseillent d'opérer le débridement directement en haut, et parallèlement à la ligne blanche.

L'anneau inguinal et le col du sac suffisamment incisés, on tire doucement une portion de l'intestin au dehors, pour examiner son état : s'il est sain et libre, on procède à sa réduction. On éprouve quelquefois de la difficulté à réduire les viscères, à cause des adhérences qu'ils ont contractées. Ces adhérences sont-elles gélatineuses, le doigt indicateur suffit pour les déchirer : on coupe avec des ciseaux celles qui sont formées par des brides membraneuses. Si ces dernières sont tellement intimes qu'on ne puisse les détruire sans blesser l'intestin, on laissera les parties en dehors, on les couvrira de linges fins imbibés d'eau de guimauve ; alors elles rentrent quelquefois graduellement, ou bien il se forme une cicatrice que l'on soutient à l'aide d'un bandage à pelotte concave.

L'opération achevée et la plaie nettoyée, on applique sur elle une pièce de linge percée de petits trous ; de la charpie est placée mollement sur ce linge ; le tout est soutenu par des compresses et le bandage inguinal. On prescrit le repos, la diète, les boissons délayantes et des lavemens émolliens. Quelques praticiens sont dans l'habitude d'administrer un doux minoratif. Au bout de deux jours, on lève l'appareil, et l'on se conduit comme dans les plaies qui suppurent.

Lorsque la violence des symptômes inflammatoires ne fait pas périr le malade, la gangrène est une suite nécessaire de l'étranglement de la hernie inguinale. Cette terminaison s'annonce par la cessation subite des douleurs et des vomissemens ; le malade tombe dans un calme insidieux, capable de tromper un chirurgien peu expérimenté. Bientôt la tumeur se ramollit, devient pâteuse, crépitante ; le ventre

s'affaisse, le hoquet persiste, la face se décompose, le pouls est petit, lent, presque imperceptible; le corps se couvre d'une sueur froide et visqueuse. Si la gangrène s'étend à l'intérieur de l'abdomen, le malade périt en peu de jours, souvent sans aucune altération de la peau. Il n'en est pas de même lorsque l'étranglement limite cet accident : la peau devient alors livide, s'ouvre, et laisse échapper des gaz et des matières putrides.

Les phénomènes de la gangrène présentent quelques variétés relatives à la portion d'intestin affectée : tantôt celui-ci n'est que pincé dans une partie de sa circonférence, tantôt il est atteint dans tout son diamètre; dans un dernier cas, une anse d'intestin plus ou moins considérable est comprise dans la tumeur.

Quand l'intestin n'est que pincé, le malade n'éprouve que quelques coliques, des nausées et des vomissemens. La partie étranglée s'enflamme, se gangrène; le sac et les tégumens ne tardent pas à s'affecter, les matières fécales se font jour à travers la peau. Lorsque, au contraire, toute la circonférence de l'intestin est étranglée, ici les symptômes sont les mêmes que dans la hernie inguinale formée par une anse; les progrès de la gangrène, bornés en arrière par les adhérences du col, se dirigent vers la peau, et, de même que précédemment, la suppuration sépare les parties mortes d'avec les parties vives; mais les matières fécales sortent en plus grande quantité, et leur cours se rétablit plus difficilement.

Enfin, dans la hernie composée d'une anse d'intestin, les accidens sont plus rapides; la gangrène se borne quelquefois à la partie intestinale étranglée; mais le plus souvent se propage du côté du ventre, et s'empare du reste du tube digestif.

La conduite du chirurgien doit donc varier suivant ces cas : dans le premier, lorsque la gangrène n'a intéressé que la peau et une portion de la circonférence de l'intestin, on plonge le bistouri dans la tumeur, pour faciliter l'écoulement des matières; on retranche ensuite les parties gangrénées; puis, la plaie ayant été nettoyée avec

un mélange d'eau et de vin tiède, on la recouvre avec des plumasseaux enduits d'un digestif animé. On prescrit en outre une boisson laxative, un ou deux lavemens par jour, jusqu'à cicatrisation de la plaie.

Dans le dernier cas, l'intestin gangréné formant une anse, on doit l'ouvrir largement, et l'on se conduit ensuite comme précédemment. Si l'anse intestinale est libre, on la tire doucement à soi; l'on pratique la résection des parties gangrénées, sans toutefois couper dans le vif; puis on abandonne le reste aux efforts de la nature : telle est l'opinion du célèbre *Scarpa*. Cependant, dans une position semblable, *Rombdor* conseillait d'invaginer les deux bouts d'intestin, *Littre*, de former un anus contre-nature, en fixant le bout supérieur dans la plaie.

La première de ces opinions est la seule adoptée aujourd'hui par les chirurgiens les plus habiles.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

(*edente* PARISET).

I.

Cum morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat. *Sect.* 5, *aph.* 17.

III.

Ophthalmiâ laboratem, ab alvi profluvio corripi, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 17.

IV.

Oculorum dolores, meri potûs, aut balneum, aut fomentum, aut venæ sectio solvit. *Ibid.*, *aph.* 31.

V.

In doloribus oculorum, postquam merum bibendum dederis, et multâ calidâ laveris, venam secato. *Sect.* 7, *aph.* 46.